DOI:10.16016/j.1000-5404.1982.03.016

闭塞分流口治愈预防性脾腔分流术后肝性脑病一例

第一附属医院肝胆外科 何振平 刘永雄

门体静脉分流术是治疗肝硬化并发门脉高压、食道胃底静脉曲张破裂出血的常用手段，其选择的重要前提是根据肝功能的状况，尽量减少术后肝性脑病的发生率。预防性门体分流的使用价值虽有争议，但仍有人认为，有显著的食道静脉曲张，虽未发生出血，只要肝功能代偿好，仍可考虑施行。对分流术后发生的脑病2/3的病人，可通过内科治疗措施限制蛋白摄入，口服抗菌素，去氨药物，口服离子交换树脂，规律地导泻，防治低血钾及碱中毒（代谢性），Lactulose，右旋多巴使用等得到控制，无效者，可用外科手段，除结肠旷置或切除外，还有闭塞分流口的方法[3]。国内尚未见报道，我们运用一例，效果良好。现报告于后：

病例：邓××，女，45岁，1980年10月8日入院。1972年冬始出现乏力、纳差、厌油，右上腹隐痛伴低热。查SGPT270u(正常<40u)，黄疸指数12u，厂医院诊断为"肝炎"，住院护肝治疗一月好转，以后症状迁延，时轻时重，1973年发现"脾大"，1974年及1977年有过短时间下肢浮肿，近一年来乏力明显、牙龈，鼻易出血，不能胜任工作，曾怀疑腹水存在。肝炎接触史（+）、余无特殊。

体检及辅助检查：神志清楚、巩膜不黄、皮肤可见蜘蛛痣，肝掌（±）。心肺正常，无腹壁静脉怒张，肝上界第五肋间，肋下未及，脾大，下界平脐，无腹水，食道吞钡摄片：食道中下段中度静脉曲张。Hb10克，Rbc380万，Wbc3500，N73%，血小板3万。肝功：A/G=3.1～3.9/3.3—4.7克，SGPT正常TB1.1—1.2mg/dl，凝血酶元时间18—24秒(正常14秒)，纤维蛋白元120—160mg/dl。血氨145—148mg/dl（正常<100mg）。

1980年12月1日手术：肝呈结节性肝硬化外观，体积缩小，门脉压370mm水柱（经胃网膜右静脉），胃左静脉4mm直径，行脾切除(大小15×20×10cm³)脾静脉（端）—下腔静脉（侧）吻合术。吻合口1—1.1cm，术毕门脉压300mm水柱。术后第三天始，精神欠佳，嗜睡状，表情淡漠，回答问题迟缓。查血氨250ug/dl，SGPT94u，TB1.13mg，ZnT13—20u，生化正常即连日用谷氨酸钠、钾静脉滴注，口服卡那霉素，间断输血浆，灌肠、及静脉高价营养支持，12月15日，病情愈重，不能正确问答，处于浅昏迷伴阵发性烦躁，大小便失禁，肝臭(+)、巴彬斯基征(+)，此时肝功A/G=3.8/4.2，TB1.6mg/dl，血氨255ug/dl至12月24日昏迷加深而再次手术，显露原脾腔分流口，可扪及细震颤，于分流口脾静脉侧用4号丝线双重结扎。术后第一天血氨80ug/dl，第三天神志清楚，问答准确，术后10天下床，血氨50ug/dl，一月后出院。出院前肝功：A/G=3.6/2.6，血氨100ug/dl，食道吞钡见曲张静脉明显减轻。术后随访结果：病人至今仍健在，正常生活可从事家务劳动。

讨 论

我院自1965年开展脾腔静脉分流以来，由于其脑病发生率低（5—8%）[2,8]，降低门脉压明显（平均120mm水柱），吻合口闭塞比例小，五年存活率高，故多采用。门体静脉分

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

流既以达到满意防治出血，又要保持趋肝肝血流灌注，减少脑病发生，争取远期存活为目的。对“治疗性分流”手术指征较肯定，但是否施行，仍以肝功代偿情况为依据，对“预防性分流”，文献中有争议。Baker[4]对115例肝硬化并食道静脉曲张者随访1—6年，仅28%发生出血，而2/3—3/4病人无出血，主张对预防性分流要偏严掌握，不宜贸然采用。分流术后脑病与肝硬化类型，肝功能状况及稳定性有密切关系[1]，肝功能动态观察稳定者，门脉高压的侧支通路已基本定型，肝动脉已代偿扩张基本上弥补肝硬化本身业已减少的肝脏血供。在分流后进一步减少肝血供时，就有了某种程度的耐受力而较少发生脑病。已证明[5]：脑病与术前肝血流量无密切关系，而与肝血量锐减，又无肝动脉代偿扩张增加入肝血流密切相关。有稳定、扩张的肝动脉代偿，分流造成的肝血流量减少，不会明显改变术前的肝血流动力学。

本例为肝炎后肝硬化、肝功能损害较重、病情有渐进性发展趋势，且无出血史，本拟作选择性分流，但因胃左静脉不增粗而改作预防性脾腔分流，且吻合口较小，脑病发生说明肝功能稳定对掌握手术指征、决定手术时机的重要性。

闭塞分流口治疗分流术后脑病的外科方法，Kakos (1973)[3]首次缩紧缝合的方法以不全闭锁分流口治疗一例坏死后肝硬化，预防性门脉侧侧分流术后发生慢性脑病的患者，取得了成功，关于施行该术的指征提出（1）分流术后脑病对各种内科措施无效；（2）无食道、胃底曲张静脉出血史、或目前无静脉曲张；（3）节制肝毒素（Abstinence from hepatotoxins）；（4）肝功能代偿好（酶、胆红素、白蛋白，凝血酶元时间属正常或易纠正）；（5）近肝端门脉系统无栓塞。本例的治疗效果，说明闭塞分流口的外科方法，在高度选择的情况下、内科治疗无效的门体分流术后脑病可考虑采用。

参 考 文 献

（1）黄志强：肝胆外科进修班讲义汇编 内部资料 1977

（2）蔡景修等：脾腔静脉分流术治疗门脉高压60例分析。中华外科杂志 19(4)：199—201 1981

（3）Kakos GS: Subtotal Portacaral Shunt obliteration for Chronic hepatic encephalopathy, Ann Surg 177(3):277 1973

（4）Baker LA, et al: The natural history of esophageal varices, Amer J Surg 26:(2) 228 1959

（5）McDermott WV: Evalualion of the hemodynamics of portal hepartension in the selection of patient for shunt, Ann Surg 176(4): 1972

（6）蒋孝忠等：脾腔分流治疗门脉高压症100例 江苏医药 7:16 1979

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net